

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N° 251

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 1^{er} juillet 1891, à 1 heure.

Par HENRI BOURGOGNE

Né à Beaune (Côte-d'Or), le 15 juillet 1862.

Ancien externe des hôpitaux et de la maison d'accouchements Baudelocque,
Médaille de bronze de l'Assistance publique.

CONDUITE A TENIR

PENDANT LA

DÉLIVRANCE DANS L'AVORTEMENT

« Lorsque l'arrière-faix est resté dans la matrice après
» l'avortement d'un enfant, si elle n'est pas assez ou-
» verte pour en faire l'extraction, le danger est moins
» grand d'en commettre l'expulsion à la nature que de
» faire trop de violence pour le tirer. »

(Aphorismes touchant la grossesse.)

FRANÇOIS MAURICEAU, 1694.

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. TERRILLON,
KIRMISSON, } agrégés.
JALAGUIER, }

PARIS

G. STEINHEIL, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUX.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	SEE (G.).
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et RICHET

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	REYNIER.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESSAIGNE.
BLANCHARD.	GLEY.	NETTER.	RICARD.
BRISSAUD.	HANOT.	POIRIER, Chef des travaux anatomiques.	ROBIN (Albert).
BRUN.	HUTINEL.	POUCHET.	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	QUENU.	SECOND.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	TUFFIER.
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTERER.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MARIE.		WEISS.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MES AMIS

CONDUITE A TENIR

PENDANT LA

DÉLIVRANCE DANS L'AVORTEMENT

AVANT-PROPOS

Durant les seize mois que nous venons de passer dans le service de M. le professeur Pinard à la maison d'accouchements Baudelocque nous avons eu maintes fois l'occasion d'observer des avortements. La délivrance de la femme, dans ces avortements, n'a pas toujours été normale et souvent même il y a eu rétention du placenta.

Autorisé et encouragé par notre savant maître, M. le professeur Pinard, à faire notre thèse inaugurale sur ce sujet si plein d'intérêt, nous avons, avec empressement, saisi l'occasion qui nous était offerte d'exposer les idées actuelles de notre maître sur la conduite à tenir pendant la délivrance dans l'avortement.

L'avortement quelle que soit la cause qui le produise doit, au point de vue des précautions à prendre, attirer l'attention de l'accoucheur. Souvent chez la femme qui avorte il y a une tare qui facilitera la production des accidents septicémiques ou qui, du moins, en augmentera la gravité.

En général les femmes considèrent l'avortement comme un accident de peu d'importance et n'y font guère plus attention qu'à un simple retard des règles. C'est là un tort

grave et l'accoucheur ne saurait trop prendre de précautions et semettre en garde contre les accidents fébriles qui peuvent survenir.

Après avoir rapidement dit ce qu'est la délivrance dans l'avortement ovulaire, nous passerons à la délivrance dans l'avortement embryonnaire pour, en nous y arrêtant plus longuement, terminer par la délivrance dans l'avortement fœtal.

Dans l'avortement fœtal, en effet, la délivrance offre plus d'intérêt, attendu que souvent la sortie du placenta est retardée. Cette rétention du placenta dans la cavité utérine n'est pas chose rare. C'est pourquoi dans notre travail nous avons surtout insisté sur ce point et avons voulu indiquer la meilleure conduite à tenir dans les cas de rétention du placenta, rétention suivie ou non d'hémorragies ou d'accidents septicémiques.

M. le professeur Pinard, en daignant accepter la présidence de notre thèse, nous a fait un grand honneur et nous lui adressons nos très sincères remerciements. Notre profonde gratitude lui est acquise pour sa grande bienveillance et son affectueuse sympathie à notre égard.

Fidèle à une vieille mais très bonne coutume, nous avons plaisir à citer les noms des maîtres qui ont guidé nos études. Que MM. les docteurs B. Anger, Mesnet, E. Besnier, Bucquoy reçoivent le témoignage de notre gratitude.

Nous citons à part notre bon et très regretté maître, M. le docteur Siredey, dont nous conserverons toujours le pieux souvenir.

Merci enfin à MM. les docteurs Gouguenheim, Dehenne, Boissard, Potocki, Varnier, Lepage, Wallich et Bouffe dont les conseils ne nous ont pas un seul instant fait défaut dans le cours de nos études.

Aperçu historique.

Les accoucheurs de l'antiquité, avant Mauriceau, connaissaient l'importance de la rétention du placenta dans l'accouchement à terme. Effrayés de cette rétention ils faisaient la délivrance immédiatement dans la crainte de voir l'utérus se refermer et nous trouvons dans leurs écrits les nombreux moyens mis en pratique pour hâter ou faciliter la délivrance.

Quand il s'agissait de l'avortement, la conduite à tenir était la même et les manœuvres employées dans ce cas ne différaient pas de celles qui suivaient l'expulsion du fœtus à terme.

Les anciens accoucheurs étaient à ce point préoccupés de ne pas laisser dans l'utérus l'arrière-faix qu'ils hâtaient la délivrance par des moyens violents et quelquefois dangereux.

Guillemeau commence à réagir un peu contre les interventions violentes. Il recommande la patience : « C'est » chose certaine, dit-il, qu'après que l'enfant est sorti du » ventre de la mère que ledit arrière-fais est contre nature, » qui ne requiert que d'être osté et mis dehors, pourquoi » il faut de deux choses l'une : ou que le vif (qui est la » matrice) chasse le mort ou que le mort (qui est l'ar- » rière-fais) tue le vif ; et même qu'iceluy estant retenu il » apporte de très pernicioeux accidents comme défaillance, » oppression et suffocation de la mère, voire même en se

» pourrissant peut estre occasion de mort. Pour à quoi
» obvier il faut estre diligent à le faire sortir ou tirer sans
» se précipiter et patienter un peu en le maniant et esbran-
» lant toujours ».

Avec Mauriceau au XVII^e siècle la réaction s'accroît.
Dans l'accouchement à terme aussi bien que dans l'avorte-
ment on attend beaucoup plus pour délivrer les femmes.
De nombreuses observations relatent la rétention forcée
physiologique du placenta dans l'avortement à partir du
troisième au cinquième mois. Mauriceau, dans les cas d'a-
vortement, introduit les doigts dans l'utérus et entraîne le
placenta. Si quelques débris membraneux restent encore
dans la cavité utérine il conseille de faire dans cette cavité
une irrigation d'eau très chaude.

Puzos dit qu'on ne doit jamais presser l'extraction du
placenta tant que rien n'oblige à la précipiter.

Levret est irrésolu et cependant il semble donner raison
aux praticiens qui ont l'usage d'abandonner à la nature le
soin de la sortie du placenta. Il reconnaît toutefois que les
injections d'eau tiède et à grands flots sont surtout utiles
dans cette circonstance. Mais voyant combien dans certains
cas l'hémorrhagie était à craindre, il dit qu'il ne faut pas res-
ter inactif, car les jours de la mère sont en danger et qu'il
faut extraire le placenta avec des pinces si les doigts ne
suffisent pas.

Mme Lachapelle et Mme Boivin sont pour l'expectation
et condamnent formellement toute manœuvre opératoire.
Tout au plus doit-on se permettre d'attirer avec deux doigts
le placenta lorsqu'il est détaché et qu'il se présente à l'ori-
fice entr'ouvert de l'utérus.

Paul Dubois temporise aussi et dit qu'il ne faut pas aller chercher un placenta alors même qu'il est engagé, qu'on le sent, car il doit être expulsé à brève échéance.

Le professeur Pajot, bien qu'il ait fait construire une curette articulée n'intervient que rarement dans les cas de rétention du placenta. Du reste, il s'est fort peu servi de sa curette.

M. le docteur Guéniot dont nous ne partageons pas les idées sur la rétention du placenta intervient avant la production des accidents.

MM. Tarnier et Pinard sont partisans de l'expectation en général. Quand, par hasard, ils interviennent, leurs procédés sont exempts de danger. Leur traitement est purement palliatif. Ils ne procèdent pas par la violence pour extraire le placenta. Des injections antiseptiques fréquentes sont ordonnées par ces deux accoucheurs pour prévenir les fâcheux effets de la putréfaction quand celle-ci se produit.

En ces derniers temps, M. Doléris a voulu en France remettre en honneur le procédé des allemands qui consiste à râcler la surface utérine avec une curette. Ce praticien se sert aussi de l'écouvillon pour écouvillonner la cavité utérine. Nous ne sommes pas partisan de ce curettage, de ce que les allemands appellent « *ausgratzung* » (grattage en enlevant un morceau), de cet écouvillonnage, de l'utérus fait avec des instruments que l'on ne peut diriger d'une façon sûre. Forcément un tel procédé opératoire ne peut donner de bons résultats et il est même dangereux dans la condition où se trouve l'utérus après l'avortement. Avec une curette il est presque impossible d'enlever tout ce que l'on veut enlever et rien que cela. Une pareille intervention a été

suivie d'accidents tels que la perforation de l'utérus. Enfin des cas de mort ont été cités, cas de mort qui ne peuvent être imputés qu'à cette façon de procéder un peu trop chirurgicale. Il faut comme dit le professeur Pajot que les matrices allemandes soient bien complaisantes pour résister à un pareil traitement.

Disons toutefois que la méthode antiseptique actuelle a rendu de grands services à ceux qui interviennent, elle leur a évité beaucoup de mécomptes car elle leur est un sûr garant que malgré l'arrachement plus ou moins violent du délivre les portes d'absorption largement ouvertes ne pourront être baignées par des produits septiques.

D'autre part l'emploi des antiseptiques a fortifié la méthode de l'expectation en permettant à l'accoucheur de prévenir les accidents qui accompagnaient presque toujours la rétention du placenta.

Avortement ovulaire.

Si nous examinons de quelle façon se fait l'expulsion de l'arrière-faix, lorsque le produit de conception n'est pas encore arrivé à l'époque de viabilité, nous constatons, d'accord en cela avec tous les auteurs, qu'il faut reconnaître trois modes d'expulsion de l'œuf, en rapport avec l'âge de la grossesse, modalités qu'on a de tous temps distinguées en avortement ovulaire, avortement embryonnaire et avortement fœtal.

Les avortements ne se ressemblent donc pas et ils présentent, suivant le degré plus ou moins avancé de la grossesse, une physionomie spéciale.

L'avortement ovulaire qui s'effectue dans les cinq ou six premières semaines de la conception est rapide et l'œuf, qui a un très petit volume, est expulsé en entier. La femme rend un petit sac membraneux dans lequel on trouve l'embryon ou ses vestiges ou le cordon ombilical. Mais le plus souvent le corps du délit passe inaperçu.

Deux grands traits caractérisent l'avortement ovulaire à savoir : le retard des règles et leur réapparition. Les règles de la femme sont d'abord retardées, puis elles réapparaissent, mais elles sont plus abondantes que d'ordinaire, elles sont douloureuses et accompagnées de caillots. Ne se doutant pas qu'elles commençaient une grossesse, les femmes ne peuvent croire qu'elles avortent, aussi elles ne prennent aucun soin particulier et elles ne gardent pas le repos. C'est

pour cette raison que ces petites fausses couches en apparence si bénignes sont souvent le point de départ de graves affections du côté des annexes de l'utérus.

Par ce qui précède nous voyons donc que dans l'avortement ovulaire il n'y a pas à proprement parler de délivrance.

Avortement embryonnaire.

L'avortement embryonnaire se produit, bien que l'on ne puisse assigner des limites bien tranchées à cet avortement, entre la sixième semaine et la fin du troisième mois.

Dès cette époque on constate que le produit de conception est bien développé. L'œuf est placenta partout et les caduques offrent leur développement et leur épaisseur maxima. — Cet avortement est franchement lent. Les douleurs et les contractions utérines se manifestent, le col s'entr'ouvre, les membranes se rompent et le fœtus est expulsé tenant encore au placenta par son cordon. Mais cette expulsion en bloc de l'œuf n'est pas un fait constant et il arrive souvent qu'elle se fait en deux temps. Après l'ouverture de l'œuf, l'embryon est expulsé puis ensuite et bientôt après le placenta. Souvent le fœtus passe inaperçu.

Ainsi donc dans cet avortement embryonnaire il y a rarement délivrance, attendu que presque toujours embryon et placenta sont expulsés simultanément.

Avortement fœtal.

Si nous examinons maintenant l'avortement fœtal, nous voyons que cet avortement se produit du troisième au sixième mois. Contrairement à ce que nous avons vu précédemment dans l'avortement ovulaire et dans l'avortement embryonnaire nous voyons que dans l'avortement fœtal l'expulsion simultanée, l'expulsion en bloc de l'embryon et du placenta est chose absolument exceptionnelle. Ce n'est guère que dans les cas de fœtus mort et macéré que l'on remarque cette expulsion en bloc. D'ordinaire l'expulsion en deux temps est la règle. Le travail se déclare, le col se dilate et s'entr'ouvre, la poche des eaux se rompt, le fœtus est expulsé et en général après un délai variant entre quinze minutes et deux heures le placenta est à son tour expulsé comme dans l'accouchement à terme.

Cette expulsion du placenta et des membranes peut être lente à se faire ; elle peut même ne pas avoir lieu. Le placenta pourra, et cela n'est point chose rare, séjourner des heures, des jours, des mois dans la cavité utérine. On dit alors qu'il y a rétention du placenta.

Rétention du placenta. — La rétention du placenta caractérise l'avortement du troisième et du quatrième mois. C'est elle qui lui donne sa physionomie particulière et qui lui imprime un cachet de gravité.

De nombreuses raisons ont été invoquées pour expliquer la rétention du placenta. On a invoqué la faiblesse des

contractions utérines, la rapidité du travail, les lésions pathologiques de l'utérus, les adhérences du placenta, la rétention d'urine... etc... Quoi qu'il en soit, nous pensons que les difficultés que présente l'expulsion du placenta ne tiennent pas au défaut de la contractilité utérine mais à l'absence de conditions mécaniques capables de dilater l'orifice utérin.

Au moment de l'expulsion du fœtus, le col ne s'est dilaté qu'autant que cela a été nécessaire pour livrer passage à ce fœtus. Mais comme ce fœtus est petit, la dilatation n'est pas grande et le col se referme vite.

Or, comme à cet âge de la grossesse, le placenta est plus volumineux que le fœtus, il en résulte qu'il aura la plus grande peine à passer par le chemin trop étroit tracé par le produit de conception. Il lui faut une dilatation triple ou quadruple de celle qui a suffi au fœtus pour passer. De plus, comme le délivre est spongieux il ne présente pas aux contractions des fibres musculaires de l'utérus un point d'appui suffisant.

Il se tasse et est ainsi retenu dans la cavité utérine. Cette rétention du placenta dans l'utérus peut n'être suivie d'aucun accident si le fœtus, et c'est là une condition capitale, a été expulsé vivant. Si au contraire le fœtus avant son expulsion était mort et macéré, de graves accidents sont à redouter.

Nous voyons donc que la rétention du placenta dans l'avortement n'offre pas les mêmes dangers que dans l'accouchement à terme. Dans l'accouchement à terme, en effet, l'arrière-faix joue le rôle de corps étranger et il est nécessaire qu'il soit expulsé dans un temps relativement court,

car 24 heures après l'accouchement la femme non délivrée entrera dans une période grave et dangereuse.

Si, dans l'avortement, la rétention du placenta est d'ordinaire bénigne il ne faudrait toutefois pas croire qu'il en est toujours ainsi. Souvent l'accoucheur aura à lutter contre deux accidents redoutables : l'hémorrhagie et la septicémie.

Hémorrhagie. — Quand le fœtus est vivant l'avortement est presque toujours sanglant. L'hémorrhagie dans ce cas se produit au moment où le placenta se décolle et où des vaisseaux sont encore ouverts. Elle est donc d'autant plus grave qu'elle se produit plus près de l'avortement. Elle n'est jamais foudroyante comme l'hémorrhagie qui se produit dans l'accouchement à terme. L'hémorrhagie qui survient quand le placenta retenu dans l'utérus est décollé à demi n'est dangereuse que par sa durée, par sa persistance. Revenant chaque fois qu'une nouvelle portion de placenta se décolle, elle met les jours de la femme en péril, en amenant chez elle une anémie très sérieuse.

Septicémie. — Le deuxième accident à redouter est constitué par l'intoxication putride. En effet si l'expulsion du fœtus se fait facilement il n'en est certes pas de même pour l'expulsion du placenta. Cette expulsion va offrir à l'accoucheur de très grandes difficultés. Le placenta décollé va séjourner dans la cavité utérine un temps assez long pour amener la putréfaction et avec la putréfaction l'apparition de phénomènes septiques d'une gravité plus ou moins grande.

En présence de ces deux accidents il faudra intervenir car aujourd'hui nous ne pouvons pas admettre comme sé-

rieuses les observations qui parlent de la transformation du placenta en môle ou en polype placentaire. Nous ne pouvons pas non plus croire à l'absorption placentaire.

Le travail de M. Garimond (*Du placenta adhérent et de son élimination spontanée*, 1868), est toujours vrai. D'après cet auteur on a attribué un rôle trop important à l'absorption dans la disparition du placenta. Quand le placenta disparaît c'est que la femme l'a expulsé à son issu en allant à la garde-robes, où qu'il a passé inaperçu au milieu des caillots rendus. Si le placenta n'est pas ainsi rejeté en masse et en une seule fois, il peut arriver qu'il soit rendu dans l'espace de quelques jours sous forme demi-liquide. Il peut être encore éliminé lentement, durant des mois entiers, molécule à molécule.

Conduite à tenir.

Que l'avortement se fasse en bloc ou qu'il se fasse en deux temps, la conduite à tenir est la même que dans l'accouchement à terme, sauf dans les cas où le placenta est retenu dans la cavité utérine.

Dans l'accouchement à terme, si le placenta est retenu dans l'utérus, il faut après un temps variable, mais qui n'est jamais long, procéder à la délivrance artificielle, car alors le placenta joue le rôle d'un corps étranger et son séjour prolongé dans la cavité utérine amènerait rapidement des accidents septicémiques de la plus haute gravité.

Dans l'avortement, au contraire, si le placenta ne vient pas après l'expulsion du fœtus il ne faut pas aller le chercher. L'accoucheur doit savoir attendre des heures, des jours, des mois. Il ne doit intervenir que si des accidents surviennent.

Dans l'avortement ovulaire. — Dans l'avortement ovulaire, dans cet avortement qui semble n'être qu'un simple retard des règles on doit observer la plus rigoureuse antiseptie. La femme doit d'abord garder le repos au lit dans le décubitus dorsal. Puis on lui fera des injections vaginales chaudes au biiodure ou simplement des toilettes vulvaires avec le même liquide antiseptique. La vulve sera protégée contre l'introduction des germes du dehors par un tampon d'étoupe au sublimé ou par de la gaze iodoform-

mée. Enfin la température sera prise avec soin matin et soir.

Dans l'avortement embryonnaire et fœtal. — Dans l'avortement embryonnaire comme dans l'avortement fœtal il peut arriver que l'œuf soit expulsé en entier. Dans ces cas il n'y a pas de délivrance à faire. Il suffira de faire des injections vaginales à la femme et de maintenir sur sa vulve un pansement antiseptique (obs. I et II).

OBSERVATION I (Personnelle). — (*Maison d'accouchements Baudelocque*). — *Avortement de 4 mois 1/2.* — *Expulsion en bloc de l'œuf.*

Louise P... 23 ans, domestique, née à Précy, dans l'Oise, entre le 14 novembre 1890 à la maison d'accouchements Baudelocque.

Le père, âgé de 60 ans est en bonne santé.

La mère est morte à 45 ans, ataxique.

A toujours bien marché.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 15 ans.

Enceinte une première fois en 1888 elle accoucha à terme spontanément d'un enfant vivant.

Autre père pour la seconde grossesse.

Dernières règles le 18 juin 1890.

Apparition des mouvements actifs le 8 novembre 1890.

Au commencement de novembre cette femme a perdu un peu de sang.

Le 12 novembre, l'hémorrhagie est plus abondante et quand la femme vient nous demander assistance le 14, sa chemise est tachée de sang. Depuis deux jours elle ressent des douleurs fréquentes.

A 3 heures du soir on lui fait une piqûre de morphine. Sous l'influence de la morphine les douleurs et l'hémorrhagie diminuent d'intensité jusqu'au 15 novembre.

A 4 heure après-midi le 15 novembre les douleurs et l'hémorrhagie reparaissent.

A 5 heures, expulsion en bloc de l'œuf qui pèse 850 grammes.

La tête de l'enfant s'est présentée la première à la vulve.

L'enfant a fait quelques mouvements après l'expulsion.

Il y avait un circulaire du cordon. Ce cordon a présenté des battements pendant quelques minutes.

Après l'expulsion l'utérus s'est bien rétracté et la malade n'a plus perdu que quelques grammes de sang.

Injectons vaginales. Pansement à la vulve. Suites de couches normales.

OBSERVATION II (Personnelle). — (*Maison d'accouchements Baudelocque*). — *Avortement de cinq mois. — Expulsion de l'œuf entier.*

Marie C... âgée de 25 ans, née à Meillery, Haute-Savoie, domestique, entre le 20 mai 1891 à la maison d'accouchements Baudelocque.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents physiologiques. — Cette femme a marché à l'âge de 9 mois et depuis elle a toujours bien marché. Réglée à 18 ans et depuis cette époque n'a pas eu d'irrégularité dans les menstrues.

Antécédents pathologiques. — Elle a toujours eu une bonne santé.

Le père est paraît-il bien portant. Il exerce la profession de jardinier.

Enceinte pour la première fois, Marie C... a vu ses règles pour la dernière fois le 19 décembre 1890. Elle a commencé à sentir remuer le fœtus dans les premiers jours du mois de mai 1891.

A part des varices nombreuses aux jambes, l'examen général ne révèle rien d'anormal.

Le 6 mai 1891, à 6 heures du matin, cette femme est surprise, sans cause, par une hémorrhagie abondante. Elle vient à 7 heures demander assistance à la maison d'accouchements Baudelocque. Elle reste pendant 8 jours dans le service et pendant ces 8 jours on lui donne trois fois par jour des injections chaudes au biiodure de mercure à 1/4000. En permanence on maintient sur sa vulve de la gaze iodoformée.

Le 16 mai 1891 elle quitte le service, mais elle revient le 20 mai se plaignant de douleurs abdominales et lombaires. De plus, elle perd une petite quantité de sang.

Moins d'une heure après son arrivée, cette femme expulse, sans difficulté, un œuf de cinq mois. Cet œuf est entier et intact. Il pèse 1060 grammes.

Injections vaginales. Pansement à la vulve.

La température varie entre 37° et 37°5.

Le 28 mai elle quitte le service en bonne santé.

Mais si, ce qui arrive le plus fréquemment, le fœtus est expulsé avant le placenta, il faudra sectionner le cordon au ras de la vulve afin de ne pas le laisser exposé au contact de l'air si la délivrance tarde à se faire.

Si, peu après l'expulsion du fœtus, le placenta sort spontanément, on fera une simple injection vaginale chaude au biiodure de mercure à 1 pour 4000 et les mêmes précautions que celles énoncées plus haut seront prises. (*Pansement à la vulve. Surveillance de la température*) (obs. III et IV).

OBSERVATION III (Personnelle). — (*Maison d'accouchements Baudelocque*). — *Avortement de 3 mois 1/2 environ. — Expulsion spontanée du placenta.*

Victorine P.... 38 ans, née à Marsal, ménagère, entre le 1^{er} juin 1891 à la maison d'accouchements Baudelocque.

Antécédents héréditaires. — Père ?

Mère en bonne santé.

Antécédents physiologiques. — A marché à 11 mois. Toujours bien réglée régulièrement depuis l'âge de 12 ans.

Cette femme est enceinte pour la seconde fois et elle avoue que l'auteur de la seconde grossesse n'est pas celui de la première.

Le premier accouchement a nécessité une application de forceps. L'enfant vit encore.

Cette femme a fait le 31 mai une longue promenade qui l'a fatiguée. Le soir vers 10 heures, elle ressent quelques légères douleurs qui vont en augmentant d'intensité au point de l'empêcher de dormir. Dans la nuit sa chemise est tachée par un peu de sang.

Dans la matinée du lundi 1^{er} juin, elle va demander assistance à l'hôpital Beaujon, mais on lui conseille de venir à la Clinique.

Elle entre à midi à la salle de travail. A peine entrée, elle expulse un fœtus du sexe masculin qui a vécu pendant 20 minutes. Il mesure 19 centimètres.

On coupe le cordon et on le lie.

A midi 30, le placenta s'engage et à 1 heure il est spontanément expulsé.

La quantité de sang perdue pendant la délivrance est normale.

Pas d'élévation de température.

Une injection vaginale chaude au biiodure de mercure à 1 pour 4000 est faite aussitôt après la délivrance.

La femme est transportée dans les salles et on lui met un pansement antiseptique sur la vulve.

Les suites de couches ont été physiologiques.

OBSERVATION IV (Personnelle, résumée). — (*Maison d'accouchements Baudelocque*). — *Avortement de deux mois.*

Mme D. 33 ans, née à Mélières dans la Corrèze, domestique, entre le 3 mai 1891 à la maison d'accouchements Baudelocque.

Antécédents héréditaires. — Père mort.

Mère en bonne santé.

Antécédents physiologiques. — Ne sait pas quand elle a commencé à marcher.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 17 ans.

Antécédents pathologiques. — N'a jamais été malade.

Elle est enceinte pour la cinquième fois.

1882. Accouchement à terme d'un enfant élevé au sein et actuellement vivant.

1884. Fausse couche de 3 mois après une hémorrhagie qui a duré 3 jours.

1886. Fausse couche de 5 mois sans hémorrhagie.

1889. Accouchement prématuré à 7 mois $1/2$ (grossesse gémellaire). Les deux enfants sont venus vivants et ont vécu pendant 15 jours.

Le même père est l'auteur des 5 grossesses.

Dernière apparition des règles le 1^{er} mars 1891.

Depuis le 26 avril la femme perd un peu de sang. Elle entre à la clinique le 3 mai et comme elle se plaint de douleurs abdominales, on lui fait une injection de morphine le lendemain, puis une autre le surlendemain.

Enfin le 6 mai, à 4 h. 30 du matin, elle expulse un caillot entourant un placenta du poids de 18 grammes.

Injections vaginales chaudes au biiodure à 1 pour 4000. Pansement antiseptique à la vulve.

La température oscille entre 37°,4 et 37° jusqu'à la sortie.

Mais si, après l'expulsion du fœtus, le placenta est retenu un temps indéterminé dans la cavité utérine, quelle devra être dans ce cas la conduite à tenir ?

CONDUITE A TENIR EN PRÉSENCE DE LA RÉTENTION DU PLACENTA.

En présence de la rétention du placenta l'accoucheur, se conformant aux méthodes antiseptiques nouvelles, doit donner à la femme des soins particuliers ayant principalement pour but de s'opposer à la décomposition putride du placenta.

Il doit de plus savoir attendre. Nous ne voulons pas parler d'une expectation pure et simple, qui consiste à attendre patiemment l'explosion des accidents pour les combattre, mais nous voulons parler d'une expectation vigilante, active, avec laquelle on s'efforce de prévenir les complications et qui, si ces dernières se produisent, doit faire place à une intervention appropriée.

Souvent la rétention du placenta ne donne lieu à aucun accident et n'a qu'une courte durée, mais parfois il arrive que le placenta est indéfiniment retenu dans la cavité utérine et cette rétention prolongée donne lieu à deux accidents : l'hémorrhagie et l'infection putride.

Hémorrhagie. — En présence de l'hémorrhagie, que l'on se garde bien, comme on le faisait autrefois, d'employer l'ergot de seigle ! S'il calme momentanément l'hémorrhagie, il a le très grave inconvénient de déterminer des contractions tétaniques de l'utérus, contractions qui facilitent la rétention du placenta et par suite sa putréfaction. Il faut donc rejeter complètement l'ergot de seigle de la thérapeutique de l'avortement.

Nous ne regardons pas non plus le tamponnement vaginal comme une méthode recommandable et à ce propos nous citerons volontiers quelques lignes du livre du docteur Lepage sur l'antisepsie en obstétrique.

Le tamponnement vaginal consiste à opposer une digue au sang qui s'écoule des organes génitaux en trop grande abondance. On avait recours à cette méthode pour les hémorrhagies liées à l'avortement. Leroux la préconisait le premier en ces termes : « Ce moyen est des plus simples ; il n'exige pas une longue préparation ; on le trouve sans

peine dans la cabane du pauvre comme dans le palais des grands. Il consiste à opposer une digue à l'écoulement du sang par le secours de plusieurs lambeaux de linge ou d'étoupes, imbibés de vinaigre pur, dont on remplit le vagin et qu'on introduit même quelquefois jusque dans la matrice, lorsque la circonstance l'exige ».

Il y a quelques années, avant l'antisepsie, le tamponnement produisait des effets désastreux ; on se servait, pour faire cette occlusion, de charpie provenant de linges vieux et usés, sans aucune désinfection préalable ; on faisait un certain nombre de petits tampons munis chacun d'un fil et on en introduisait la plus grande quantité possible dans le vagin ; une fois le tampon mis en place on le laissait sans y toucher pendant quinze ou seize heures. Une fois l'accouchement terminé les suites de couches étaient généralement traversées par des accidents graves et la mortalité par fièvre puerpérale était beaucoup plus considérable dans ces cas ; ce qui s'explique facilement, puisque les bourdonnets employés étaient généralement chargés de microbes ; on évite maintenant la plupart des accidents en se servant de charpie ayant trempé depuis longtemps dans une solution antiseptique, soit mieux d'ouate hydrophile boriquée.....

A notre avis, le tampon doit être rejeté de plus en plus de la pratique courante parce qu'il est difficile à faire d'une manière complètement aseptique, du moins en clientèle ; quand on est appelé en ville auprès d'une femme perdant beaucoup de sang, il vaut mieux recourir aux injections très chaudes. Le tamponnement s'accompagne toujours de lésions vulvaires, vaginales, qui augmentent ultérieure-

ment les dangers de l'infection ; malgré toutes les précautions prises, même lorsqu'il est peu serré, il détermine toujours des éraillures de la muqueuse vaginale qui constituent autant de portes ouvertes à l'infection ; lorsqu'il est appliqué trop longtemps il peut amener la rétention d'urine, l'arrêt des matières fécales, ainsi que la décomposition, la putréfaction des débris organiques retenus dans le vagin.

D'ailleurs lorsqu'on pratique un tamponnement même avec aseptie complète, il faut toujours craindre quelques accidents et se rappeler les expériences de Koch qui n'a trouvé aucun antiseptique susceptible d'empêcher le développement des microbes dans le tampon ouaté.....

L'expérimentation confirme donc ce fait clinique qu'il est difficile de faire un tamponnement complètement aseptique.....

M. Pinard n'a jamais pratiqué ou fait pratiquer le tamponnement dans son service depuis plus de 6 ans ; bien plus il recommande d'enlever le tampon aussitôt qu'une femme entre dans le service, ayant subi ce traitement en ville. Or jamais une femme n'y est morte d'hémorrhagie, malgré l'absence de tamponnement. C'est dire que dans la pratique courante le tampon doit être abandonné *complètement* ou à peu près (obs. V).

OBSERVATION V (Personnelle). — (*Maison d'accouchements Baude-locque*). — *Avortement de trois mois. — Expulsion de l'embryon. — Rétention du placenta. — Hémorrhagie. — Tamponnement en ville. — Expulsion spontanée du placenta.*

Mme X., toujours bien portante. Couturière. Mari en bonne santé.

A accouché une première fois à terme en 1885 spontanément d'un enfant vivant, encore vivant et qui a été élevé au sein.

Toujours bien réglée.

Elle devient enceinte une deuxième fois.

Dernières règles 25 décembre 1889. Rien de particulier à aucun moment jusqu'au 2 *avril*, époque à laquelle se fait une perte d'eau sans douleurs ; elle est obligée de se changer 2 fois par jour. Cette perte continue jusqu'au 9 *avril*. A ce moment douleurs et expulsion de l'embryon. Pas de placenta. Pas d'hémorrhagie. Elle garde le lit et reste ainsi jusqu'au 24 *avril*. A ce moment, elle ressent quelques douleurs et une hémorrhagie très abondante a lieu. Pâleur, tendance à la syncope, vomissements. Le Dr Barbezieux appelé fait le tamponnement. Ainsi tamponnée elle est transportée sur un brancard à la clinique Baudelocque.

Femme pâle, presque syncopée. Pouls très petit et fréquent. L'utérus rétracté déborde la symphyse de 3 travers de doigts. Plus d'écoulement sanguin. On lui fait une toilette vulvaire.

On laisse les choses en l'état et on surveille la femme toute la nuit.

Le 15 au matin on enlève le tampon. Il ne s'écoule pas de sang. On fait une injection vaginale.

Le toucher est pratiqué. On trouve le placenta complètement tombé dans le vagin. On le retire et l'on fait une injection vaginale.

Suites de couches physiologiques. La température n'a jamais dépassé 37° 6.

Nous ne conseillerons pas à l'accoucheur de recourir au curettage ou raclage de l'utérus pour arrêter l'hémorrhagie.

Cette méthode est inefficace et dangereuse. Elle est inefficace parce que l'opérateur, agissant aveuglément n'est jamais sûr d'enlever tout ce qu'il veut enlever et rien que ce qu'il désire enlever.

Elle est dangereuse pour deux raisons. D'abord parce que souvent l'hémorrhagie loin de s'arrêter redouble d'in-

tensité et par suite met les jours de la femme en péril ; et en second lieu parce que dans la condition où se trouve l'utérus après l'avortement la perforation de l'organe peut avoir aisément lieu, perforation qui entraîne des accidents sur lesquels on a eu soin de ne point trop insister.

Pour arrêter l'hémorrhagie nous sommes de l'avis de notre maître, M. le professeur Pinard, et nous recommandons les injections intra-utérines chaudes à 45°. Les injections chaudes amènent non seulement une contraction totale de l'utérus mais encore la rétraction de la tunique des vaisseaux. Elles doivent être prolongées jusqu'à la cessation de l'hémorrhagie. Souvent nous avons vu l'irrigation durer 10, 15 et même 20 minutes.

L'eau chaude a encore pour effet, en provoquant la contraction utérine, de hâter la délivrance. Elle assouplit le col et le met en état de céder aux efforts redoublés de la matrice.

Enfin si l'hémorrhagie ne cesse pas, et le cas est rare, on doit intervenir de la façon que nous indiquons plus loin et pratiquer la délivrance artificielle (obs. VI, VII, VIII, IX et X).

OBSERVATION VI (communiquée par M. le docteur POTOCKI, extraite d'une leçon inédite de M. le professeur TARNIER). — *Avortement suivi d'hémorrhagies répétées. — Rétention du placenta pendant 57 jours. — Expulsion spontanée du placenta.*

Une jeune femme fait une fausse couche le 1^{er} janvier 1890 et expulse à la clinique de la rue d'Assas un fœtus du poids de 430 gr. La délivrance ne s'étant pas effectuée dans les six heures qui suivirent l'avortement nous nous contentâmes de traiter cette femme

pour sa rétention du placenta en lui ordonnant des injections vaginales fréquentes au permanganate de potasse suivies chacune d'un pansement vaginal et vulvaire à la gaze iodoformée. Au bout de quelques temps, rien de nouveau ne s'était produit. Il n'y avait ni hémorrhagies, ni écoulement vaginal odorant, ce qui me surprit beaucoup, à tel point que je doutai presque de la réalité de la rétention. Je n'étais même pas éloigné de croire que le placenta avait peut-être été expulsé à notre insu. Toutefois l'utérus restait gros. Les choses restèrent donc en l'état jusqu'au 4^{er} février, époque à laquelle la malade demanda à quitter la clinique. Elle ne voulut rien entendre de nos recommandations et s'en alla. Nous lui dîmes alors qu'elle aurait bientôt des hémorrhagies et qu'il lui faudrait rentrer à la clinique à ce moment. Nos prévisions ne tardèrent pas à se réaliser. Une hémorrhagie peu importante se produisit le 25 février ; mais le lendemain l'hémorrhagie devint considérable et la malade rentra à la Clinique où on trouva son placenta dans le vagin. Il y avait 57 jours que le fœtus avait été expulsé.

Le placenta n'offrait aucun signe de putréfaction. Il était pâle, décoloré, formant une masse arrondie du volume du poing et ressemblant d'une manière frappante à une cervelle de mouton.

Ce fait nous démontre l'excellence de la méthode d'expectation que je préconise, puisque le placenta a pu séjourner pendant 57 jours dans la cavité utérine sans se putréfier grâce aux précautions antiseptiques que nous avons prises.

Je suis donc pleinement autorisé à vous conseiller d'agir comme j'ai fait. Vous éviterez de cette façon la septicémie, comme nous l'évitons dans tous les avortements que nous avons eu l'occasion de soigner à la clinique.

OBSERVATION VII (communiquée par le docteur BOISSARD). — *Avortement à quatre mois. — Expulsion de l'embryon. — Rétention du placenta méconnue. — Expulsion spontanée du délivre deux mois après l'expulsion de l'embryon.*

Mme O. P..., âgée de 32 ans, d'une bonne santé habituelle et ré-

gulièrement réglée a eu, il y a deux ans, une première grossesse. L'accouchement a eu lieu à terme et a été spontané.

En 1888, cette dame devint enceinte pour la deuxième fois. Depuis quatre mois elle n'avait pas vu apparaître ses règles, quand, pour une cause indéterminée, elle fut prise de contractions utérines douloureuses, accompagnées d'une légère perte de sang. Le médecin appelé constata l'existence de la grossesse, et pensa que la fausse couche menaçante ne pouvait plus guère être évitée.

On ne percevait pas les bruits du cœur du fœtus. Le repos au lit est conseillé et un lavement au laudanum est administré.

Malgré le traitement prescrit, les douleurs devinrent de plus en plus fortes et, 7 ou 8 heures après la visite du médecin, la malade expulsa au milieu de caillots un embryon.

Appelé le lendemain, le médecin pensa que la fausse couche était faite et complètement terminée. A son avis le placenta avait dû être expulsé au milieu des caillots, caillots qui du reste avaient été jetés.

Les suites de cette fausse couche furent normales. La malade garda le repos au lit durant 12 à 15 jours. A cette époque elle ne perdait plus de sang.

Sur ces entrefaites elle partit à Vichy. Or quelques jours après son arrivée à Vichy, Mme O. P... fut prise de légères douleurs qui revenaient sans cesse et elle perdait continuellement une petite quantité de sang. Toutefois l'état général était satisfaisant, puisque la malade sortait tous les jours.

Vingt ou vingt-cinq jours après son arrivée à Vichy, alors qu'elle faisait sa promenade quotidienne dans le parc, Mme P... fut surprise par une perte de sang un peu plus abondante que les précédentes, et qui était accompagnée de douleurs plus vives. En toute hâte elle rentra chez elle, se mit au lit et expulsa aussitôt, à sa très grande surprise, et sans perdre alors de sang, une masse placentaire décolorée, aplatie et ayant à peu près la dimension de la paume de la main.

La malade resta au lit pendant quelques jours seulement, attendu

que les suites de cette expulsion tardive du placenta n'avaient amené aucune complication.

Ainsi donc le placenta avait séjourné dans la cavité utérine pendant environ 35 jours, sans produire aucune réaction, sans être la cause d'aucun accident.

OBSERVATION VIII. (Personnelle, résumée) (*Maison d'accouchements Baudelocque*). — *Avortement de six semaines. — Expulsion du placenta deux jours après l'expulsion de l'embryon.*

Mme R..., 26 ans, née à Épinal, femme de ménage, entre à la maison d'accouchements Baudelocque le 27 mai 1891.

Antécédents héréditaires. — Père inconnu.

Mère morte à 26 ans.

Antécédents physiologiques. — A marché à 2 ans et depuis toujours bien.

Réglée à 15 ans.

Antécédents pathologiques. — Fièvre typhoïde à 15 ans.

Fluxion de poitrine à 16 ans.

Bronchite à 22 ans.

Cette femme est enceinte pour la quatrième fois. Première grossesse en 1884. L'enfant venu à terme, par le sommet n'a, paraît-il, vécu que 30 jours. Il est mort de convulsions.

Seconde grossesse en 1885. L'enfant venu à terme, par le sommet est encore vivant.

Troisième grossesse en 1887. L'enfant venu à terme par la face vit encore.

Dernières règles à la fin du mois de février 1891.

Entrée à la salle de travail le 27 mai 1891 à 8 h. 55 du matin, elle expulse à 9 heures le même jour un embryon du poids de 10 grammes et d'une longueur de 10 centimètres.

Le 28 mai la femme perd 350 grammes de caillots.

Le 29 mai dans la nuit et dans la matinée elle perd encore quelques caillots et à 1 h. 30 du soir, le même jour, elle expulse un placenta déchiqueté qui pèse 30 grammes.

Avant la délivrance la température oscillait entre 37° et 38°.
Après la délivrance la température descend à

OBSERVATION IX (Personnelle). (*Maison d'accouchements Baudelocque*). — *Rétention du placenta dans la cavité utérine après un avortement de quatre mois environ. Lors d'un avortement antérieur il y avait déjà eu rétention du placenta.*

Berthe R..., 30 ans. — Brocheuse, née dans la Nièvre, entre dans le service le 22 mai 1890.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents physiologiques. — A marché à l'âge de 12 mois et depuis toujours bien. Elle a été réglée à 11 ans d'une façon régulière durant trois jours chaque fois.

Antécédents pathologiques. — A 18 ans cette femme a été soignée pour une chloro-anémie et depuis lors sa santé a toujours été bonne.

L'examen général du squelette ne dénote rien d'anormal si ce n'est le mauvais état des dents incisives du maxillaire supérieur. Une chute serait la cause de cette mauvaise dentition.

Actuellement l'état général de cette femme laisse beaucoup à désirer. Son teint est pâle et sa figure est amaigrie. Elle ne pèse que 50 kilogrammes.

Grossesses antérieures. — *Première grossesse.* — En 1881 elle accouche pour la première fois, spontanément, à 8 mois, d'un garçon qui se présentait par le sommet.

L'enfant, élevé au sein par sa mère, est encore vivant.

Le père, menuisier de son état, est paraît-il en bonne santé. Il serait l'auteur des autres grossesses. A cette époque Berthe R..., travaillait de son métier de brocheuse, à Paris. Sa grossesse avait suivi un cours régulier. Elle partit alors dans la Nièvre, son pays natal, pour y faire ses couches. Huit jours après son arrivée elle accoucha. Elle prétend que la fatigue du voyage est la cause de l'expulsion avant terme de l'enfant.

Deuxième grossesse. — En 1888 elle fait une fausse couche de 3 mois chez M. le Dr Maygrier, à la Pitié, et dit ne pas savoir à quelle

cause attribuer cette fausse couche. Un mois auparavant elle perdait chaque jour une notable quantité de sang.

L'enfant expulsé était mort mais elle ne sait pas depuis quelle époque, attendu qu'elle n'avait jamais senti remuer.

Elle est restée pendant 54 jours à l'hôpital de la Pitié, perdant chaque jour quelques débris placentaires qui n'avaient pas d'odeur. Le traitement consistait simplement en injections vaginales d'eau boriquée. Enfin six semaines après l'expulsion de son fœtus la femme rendit son gâteau placentaire.

Troisième grossesse. — L'apparition des dernières règles a eu lieu le 13 février 1890.

Le 28 avril 1890 la femme ayant fait un effort pour se retenir au moment où elle tombait commença à perdre un peu de sang. Pendant les 3 jours suivants elle eut des coliques et des douleurs lombaires. Enfin à partir du 1^{er} mai elle perdit, surtout la nuit, du sang en petite quantité. Ces pertes étaient accompagnées de douleurs abdominales.

A son entrée dans le service, le 22 mai 1890, on constate que l'utérus remonte jusqu'au niveau de l'ombilic et qu'il est douloureux à la pression.

Pas d'albumine dans les urines.

30 mai. — Hémorrhagie très considérable accompagnée de douleurs.

2 juin. — Nouvelles pertes de sang.

3. — La femme est transportée à la salle de travail. Une hémorrhagie assez abondante se produit, mais elle s'arrête après une injection vaginale chaude.

4. — A 8 heures du matin on constate un suintement sanguinolent à la vulve. Il n'y a pas de contractions utérines.

10. — Dans la matinée, à 8 heures, la femme expulse un embryon du poids de 120 grammes et d'une longueur de 20 centimètres. L'enfant, du sexe masculin, meurt après avoir vécu vingt minutes.

Des injections vaginales chaudes au biiodure de mercure à 1/4000 sont faites les jours suivants à la femme. Un pansement au coton iodoformé est mis en permanence sur la vulve. Aussi durant le sé-

jour de la femme dans le service la température ne dépasse pas 37°.

Le 18 *juin* elle part sur sa demande expresse bien qu'elle ne soit pas délivrée.

(Cette femme nous avait promis de revenir nous donner des nouvelles de sa santé. Comme il arrive presque toujours elle n'a pas tenu sa promesse. Nous lui avons écrit pour compléter nos renseignements, mais la lettre nous est revenue avec cette mention : A changé de domicile. Nouvelle adresse inconnue.)

OBSERVATION X (inédite, résumée). — *Avortement dans le cours du deuxième mois de la grossesse. — Hémorrhagies abondantes et répétées. — Syncope. — Période fébrile.*

Mme X... âgée de 28 ans, est mariée depuis cinq mois. Elle a eu ses dernières règles à la fin du mois de janvier 1888.

Au commencement du mois de mars elle se plaint de quelques malaises légers, qui font soupçonner une grossesse au début.

10 *mars*. — Amygdalite aiguë avec grande fièvre. La température s'élève pendant 36 heures de 39° à 40°. — Rétablissement incomplet.

13. — Écoulement par le vagin de mucosités noirâtres, teintées de sang.

23. — Légère hémorrhagie.

24. — Contractions utérines violentes. — Hémorrhagie abondante. Expulsion d'un caillot et d'une membrane épaisse villeuse.

25. — Nouvelle hémorrhagie très abondante dans la journée. Expulsion d'un morceau de membrane semblable à celle expulsée la veille.

26. — Hémorrhagie très abondante.

27. — Hémorrhagie abondante dans l'après-midi.

Le soir : syncopes.

A onze heures du soir le docteur Lepage, qui voit la malade pour la première fois, fait une injection intra-utérine chaude au sublimé.

28. — Faiblesse extrême. — Hémorrhagie légère dans la jour-

née. Contractions utérines. — Col entr'ouvert. Le toucher permet de constater, dans le col, quelque chose qui a une consistance charnue.

29. — Le matin : pas de fièvre, pas d'hémorrhagie.

Le soir : céphalalgie violente. La température oscille entre 38° et 39°. On fait alors une injection intra-utérine chaude au sublimé à 1/2000. Cette injection amène l'abaissement de la température.

30. — La température est toujours à 38°, 6. La femme est faible et se plaint de céphalalgie.

Le professeur Pinard, appelé en consultation, porte un diagnostic très favorable. On donne du sulfate de quinine à la malade et on lui fait des injections vaginales toutes les deux heures.

31. — Chute de la température.

Injections vaginales au sublimé à 1/4000 toutes les trois heures.
Expulsion du reste de l'œuf.

4 avril. — Fièvre nulle. — Légère fétidité des lochies.

5. — Érythème généralisé ressemblant à de l'urticaire. Cet accident ne dure que deux jours.

15. — Guérison complète. — La malade se lève mais est très faible.

Cette dame, chez qui on fut sur le point de pratiquer le curettage de l'utérus le 29 mars, guérit parfaitement sans cette opération. Elle redevint enceinte et accoucha dans le mois de mai de l'année suivante d'un enfant à terme et très bien portant. Les suites de couches furent complètement apyrétiques malgré une application de forceps des plus laborieuses.

Infection putride. — Souvent aussi l'accoucheur aura à lutter, non plus contre l'hémorrhagie, mais contre l'apparition des phénomènes septiques dus à l'absorption par l'économie de fragments décollés du placenta.

L'empoisonnement septicémique ne se produit guère

avant le troisième jour qui suit l'avortement et quelquefois même il apparaît plus tard.

La fétidité repoussante des lochies attire l'attention de l'accoucheur. La femme est bientôt prise d'un frisson. La langue est sèche et noirâtre. Le pouls devient fréquent et la température s'élève. Bientôt la femme succombera si l'on ne pare pas au plus vite aux accidents survenus.

Dans ces conditions, si l'on trouve le placenta dans le vagin il suffit de l'enlever et de faire ensuite un grand lavage vaginal.

Si une portion seulement du délivre est engorgée dans le canal cervical, on peut la saisir sans violence avec une pince et terminer ainsi la délivrance.

Mais il est des cas plus difficiles, cas dans lesquels aucune portion du placenta n'est engagée dans le col. Alors dès l'apparition des phénomènes septicémiques on commencera les injections intra-utérines chaudes au biiodure de mercure à 1 pour 4000. Dans l'intervalle des injections on fera un pansement vaginal à la gaze iodoformée et on couvrira la vulve avec de l'étoffe antiseptique.

Si, malgré les injections intra-utérines répétées, la température ne s'abaisse pas, on aura alors recours aux injections intra-utérines continues. Cette irrigation continue, recommandée par M. le professeur Pinard, donne des résultats excellents. Elle agit à la fois en luttant contre les phénomènes d'infection et en amenant l'expulsion des produits putréfiés. Toutefois ce procédé lui-même n'est pas toujours suffisant. C'est alors qu'il faut, sans plus tarder, recourir à la délivrance artificielle (obs. XI et XII).

OBSERVATION XI (Personnelle). — (*Maison d'accouchements Baudelocque*). — *Avortement fait en ville. — Rétention du placenta. — Expulsion spontanée 5 jours après l'avortement. — Suites de couches normales.*

Jeanne D..., 23 ans, couturière, entre le 20 janvier 1891 à la maison d'accouchements Baudelocque.

Cette femme a accouché spontanément une première fois en 1888 d'un enfant venu à terme.

Devenue enceinte pour la seconde fois en 1889, sa grossesse s'est terminée par une fausse couche de deux mois dont la cause ne nous a pas été révélée.

Elle est enceinte actuellement pour la troisième fois et sa grossesse remonte à 2 mois 1/2 environ puisqu'elle a eu ses règles pour la dernière fois le 25 octobre dernier.

Elle raconte que le 1^{er} janvier elle est tombée dans la rue et qu'une voiture a failli l'écraser. Elle aurait été prise de peur à la suite de cet accident et cependant elle ne perdit pas de sang et n'eut pas de coliques dans la suite.

Le 17 janvier seulement des douleurs sont ressenties et le 20 janvier à minuit elle aurait expulsé un fœtus de 2 mois 1/2 environ au dire du médecin qui l'assistait. Ce médecin aurait fait aussitôt après une injection intra-utérine au sublimé sans se préoccuper du placenta, conseillant à la femme de venir à la clinique où elle entre le 20 janvier à 9 heures du matin.

A l'examen, on constate que le col est entr'ouvert, qu'il s'en écoule une certaine quantité de sang et que le fonds de l'utérus remonte à 3 travers de doigts au-dessus du pubis. Il est manifeste que le placenta est retenu dans la cavité utérine.

Dans la journée la femme a quelques coliques mais elle ne perd que très peu de sang. On la tient en observation en se contentant de pratiquer des injections vaginales toutes les 3 heures.

21 janvier. — Il ne s'écoule plus de sang des parties génitales. Le col est entr'ouvert et on sent au toucher au-dessus de l'orifice in-

terne une portion de placenta. La femme est transportée au pavillon d'isolement.

22. — Pas de coliques. Le col se referme et il ne s'écoule pas de sang. On fait trois injections vaginales au biiodure.

23. — Le matin on constate le même état. La femme perd peu de sang. Le soir la température monte à 39° et la femme se plaint de coliques.

M^{lle} Roze, sage-femme en chef du service, se décide à pratiquer une injection intra-utérine. Elle a soin auparavant de faire une toilette vulvaire, puis une injection vaginale. Ensuite elle fait pénétrer la sonde intra-utérine en verre, purgée d'air dans l'utérus.

A peine quelques gouttes de liquide ont-elles passé dans l'utérus que la femme est prise de mouvements convulsifs, elle se raidit, se renverse en arrière, ses bras se tordent en dedans et elle perd connaissance. Aussitôt M^{lle} Roze, justement effrayée, suspend l'injection intra-utérine.

Trente minutes après l'injection survient un frisson violent, et la température monte immédiatement à 40°,5.

A 11 heures du soir, M. Potocki, chef de clinique, examine la femme. Depuis une heure elle a des contractions utérines énergiques qui reviennent toutes les deux ou trois minutes. La femme perd du sang en assez grande quantité et au toucher on trouve que le col et le segment inférieur s'évasent pour loger le placenta dont l'extrémité inférieure affleure l'orifice externe. Il y a une dilatation grande comme une pièce de 1 franc.

M. Potocki juge qu'il n'est pas nécessaire d'intervenir et qu'il est préférable de laisser la délivrance se faire spontanément.

24. — Les contractions utérines continuent dans la nuit jusqu'à 4 heures. A partir de ce moment elles diminuent de fréquence et à 10 heures du matin, au moment de la visite, elles ont complètement disparu. Le placenta est plus engagé que la veille au soir dans le segment inférieur et dans le col.

On se contente de faire des injections vaginales fréquentes et des toilettes vulvaires.

Enfin à 10 heures 30 du soir, de nouvelles contractions se produisent et la femme expulse son placenta.

Des injections intra-utérines sont faites. Le placenta est bien conservé. Il est frais et rose et pèse 55 grammes.

Les suites de couches sont physiologiques.

OBSERVATION XII (communiquée par le docteur FLEURY). — *Avortement de deux mois 1/2. — Rétention du placenta sans accidents consécutifs.*

Madame V... couturière, 28 ans. Secondipare.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Chloro-anémie pendant plusieurs années depuis l'âge de 16 ans.

Premier accouchement en mars 1888, un peu avant terme, par suite d'une chute sur le genou.

Deuxième grossesse en mars 1890.

14 mai. — Coliques légères à la suite de quelques voyages en omnibus.

15. — Au matin, douleurs plus vives.

Au soir, hémorrhagie subite et considérable, suivie de syncopes répétées.

A dater de ce moment les coliques disparaissent.

16. — Appelé je trouve le placenta légèrement engagé dans le col.

17. — Le placenta est à moitié sorti du col. De légères tractions ne le déplacent pas. Il est très adhérent.

Hémorrhagie modérée. Pas de coliques.

18 et 19. — Odeur fétide. Le placenta commence à se putréfier et à se dissocier par lambeaux. Les injections vaginales phéniquées commencées la veille sont continuées. De plus, matin et soir une injection intra-utérine est faite avec une solution de sublimé à 1/4000.

20. — L'état général étant excellent nous décidons le docteur Lepage et moi d'attendre l'expulsion spontanée du placenta.

Les injections intra-utérines au sublimé sont remplacées par des injections phéniquées à 48°.

21. — L'odeur est moins fétide.

22. — Le placenta est totalement expulsé.

Depuis ce jour l'état de santé de la malade est excellent ; elle est de nouveau enceinte.

Délivrance artificielle.

Pour extraire de l'utérus la masse placentaire putréfiée qui met les jours de la femme en danger, on ne se servira que du doigt qui est le moins aveugle de tous les instruments et qui permet d'opérer en toute sécurité sans faire courir le risque de blesser l'utérus.

Après avoir savonné soigneusement la zone génitale et après avoir coupé les poils exubérants de la vulve, on place la femme dans la position obstétricale et on lui fait une dernière injection vaginale.

L'opérateur qui a lavé, savonné et brossé ses mains, ses avant-bras et ses bras introduit, suivant la recommandation du professeur Pinard, *toute la main* dans le vagin, puis un ou deux doigts dans l'utérus pendant qu'avec la main restée libre il appuie par la paroi abdominale sur le fond de l'utérus pour l'empêcher de remonter. Alors il décolle et ramène au dehors la masse placentaire en recourbant le ou les doigts en crochet.

L'opération terminée on fait une injection intra-utérine chaude pour enlever les débris et les caillots qui restent encore dans l'utérus.

Dilatation du canal cervical. — Mais si le col n'est pas perméable il faudra, pour faire la délivrance artificielle, obtenir sa dilatation.

Pour amener cette dilatation on s'est servi autrefois de

l'éponge préparée, de grosses tiges de laminaire, mais ces procédés sont lents.

On a eu recours aux ballons de caoutchouc de Barnes, aux tiges graduées d'Hegar en métal ou en verre, et aux dilateurs mécaniques de Busch. Tous ces dilateurs donnent d'assez bons résultats, mais ils n'agissent pas assez rapidement.

En maintes circonstances M. le professeur Tarnier a fait usage du ballon exciteur qu'il emploie pour provoquer l'accouchement. Les résultats obtenus ont été bons, comme on peut en juger par l'observation qui suit et qui est extraite d'une leçon faite par M. le professeur Tarnier en 1890 (obs. XIII).

OBSERVATION XIII (communiquée par M. le docteur POTOCKI (Leçon inédite de M. le professeur TARNIER, 1890). — *Avortement de 4 mois. — Rétention du placenta pendant 33 jours. — Introduction de l'excitateur Tarnier. — Délivrance artificielle.*

Une femme d'assez chétive constitution a été reçue dans le service vers le milieu du 4^e mois de sa grossesse parce qu'elle perdait du sang. Elle fut couchée au n° 10 de la salle de gynécologie. Grâce au repos et à un traitement approprié l'hémorrhagie diminua et les douleurs se calmèrent mais au bout de quelques jours, le 13 février, elle n'en expulsa pas moins un fœtus de 180 grammes.

On attendit, comme je recommande de le faire, la sortie du placenta, espérant que celle-ci se ferait dans les 6 premières heures, comme c'est la règle. Elle ne survint pas et il y eut donc rétention du placenta. En continuant d'attendre nous nous exposions à voir, dans la suite, survenir chez cette femme des hémorrhagies et de la septicémie. L'hémorrhagie ne peut être prévue ni empêchée, on la combattra quand elle se produira. Par contre nous pouvons nous

mettre à l'abri de la septicémie en empêchant le placenta de se putréfier, et dans ce but nous lui fîmes régulièrement pendant 5 jours des injections vaginales au sublimé, en faisant suivre chacune d'elles d'un pansement vaginal et vulvaire à la gaze iodoformée. Au bout de 5 jours aucun changement ne s'était produit ; la rétention persistait. Je continuai le même traitement, mais dans la crainte d'une intoxication par le sublimé je lui substituai le permanganate de potasse en terminant chaque injection par un pansement iodoformé.

Les choses restèrent en l'état jusqu'à la fin du mois de février où une hémorrhagie se produisit, hémorrhagie que l'on combattit par les moyens habituels. Une seconde hémorrhagie survint quelques jours plus tard et la malade déjà peu vigoureuse pâissait et faiblissait de manière à m'inquiéter.

Je me décidai à intervenir, le 5 mars non pas pour combattre la septicémie — il n'était pas question chez elle d'accidents infectieux — mais simplement pour arrêter les hémorrhagies. J'essayai de provoquer l'expulsion du placenta et, guidé par des vues théoriques, je procédai de la façon suivante :

J'introduisis un *ballon dilatateur* dans la cavité utérine et j'y injectai de l'eau comme on fait quand on veut provoquer l'accouchement. Bientôt se manifestèrent des contractions internes analogues à celles du travail. Le ballon appuya sur le col qui se dilata et il fut expulsé dans le vagin. A travers le col béant, largement ouvert, on sentit alors le placenta qui s'était abaissé. On attendit. Les douleurs se succédèrent et le 8 mars au matin je trouvai le placenta descendu en grande partie dans le vagin.

Je crus utile d'intervenir une seconde fois.

La femme étant placée dans la position obstétricale je procédai au décollement et à l'extraction du placenta que je retirai presque en entier. Seul un petit prolongement de ce placenta me semblait être resté adhérent à la paroi utérine. Ce prolongement était formé par un fibrome ressemblant à un cotylédon placentaire. . .

On fit alors une injection intra-utérine et un pansement iodoformé du vagin.

La femme guérit sans incidents.

Le placenta était resté 33 jours dans la cavité utérine sans avoir subi aucune décomposition, sans répandre la moindre odeur, sans provoquer de septicémie. Nous avons eu à compter avec l'hémorrhagie et nullement avec la septicémie, de telle sorte que si la femme n'avait pas perdu de sang d'une façon sensible, j'aurais continué l'expectation antiseptique sans intervenir activement.

Toutefois nous préférons le ballon dilateur de M. Champetier de Ribes et nous conseillons son emploi. Ce ballon provoque une dilatation sûre et rapide, qui permet de pratiquer aisément la délivrance digitale. Il est inextensible et ne change pas de forme sous l'influence des pressions qu'il subit dans le trajet parcouru.

Nous croyons bien agir en citant dans ce travail la description du ballon dilateur Champetier de Ribes et son manuel opératoire. Cette description est extraite des *Annales de gynécologie* de décembre 1888.

... Voulant employer des ballons de volume plus grand que les ballons Tarnier, ces ballons ne changeant pas de forme sous l'influence des pressions qu'ils ont à supporter dans le trajet à parcourir, je fis fabriquer un ballon de forme conique, terminé par un tube de remplissage et constitué par une enveloppe de soie recouverte d'une mince couche de caoutchouc. J'ai obtenu ainsi un ballon imperméable et inextensible qui, rempli de liquide, prend des dimensions à peu près invariables.

Pour obtenir la dilatation de l'orifice, je place vide au-dessus de l'orifice interne de l'utérus ce ballon imperméable et de tissu inextensible ; j'y injecte du liquide, alors sa grande circonférence devient égale ou à peu près à celle de

la tête fœtale ; puis je laisse l'organisme maternel expulser spontanément ce corps étranger.....

MANUEL OPÉRATOIRE.

En dehors du ballon, j'ai besoin d'une pince, d'une certaine quantité de liquide, de vaseline, d'une seringue, de fil à ligature.

Pince. — La pince que j'emploie pour introduire le ballon est longue : elle mesure 0 m. 14 de l'articulation à l'extrémité des mors et 0 m. 15 de l'articulation à l'extrémité des anneaux ; elle a donc une longueur totale de 0 m. 29.

Elle a une courbure antéro-postérieure analogue à celle du conducteur de M. Tarnier.

De plus les mors sont courbés sur le plat, de telle sorte que quand la pince est serrée ils interceptent entre eux un espace qui a la forme d'un fuseau très allongé dans lequel se loge le ballon plié.

L'articulation est celle de la pince à faux-germe de M. le professeur Pajot. Ces deux branches peuvent très facilement être séparées pour être retirées isolément. Enfin quand l'instrument est fermé, les deux branches sont maintenues rapprochées par un arrêt à crémaillère.

Liquide. — Parmi les liquides antiseptiques j'ai choisi la solution phéniquée à 1 0/0 parce qu'elle n'altère pas le caoutchouc, et que, si le ballon crève, son contenu peut sans aucun inconvénient se répandre dans une portion quelconque du canal génital. Je demande quelques litres de cette solution.

Vaseline. — Trente grammes de vaseline boriquée ou phéniquée à 1 0/0 suffisent.

Seringue. — Il est commode d'avoir une seringue graduée d'une capacité de 150 ou 200 grammes au moins, de façon à ne pas être obligé de la recharger trop souvent pendant le remplissage du ballon. Mais une seringue quelconque suffira.

Fil à ligature. — Il est prudent de placer un fil sur le tube de remplissage de façon à ce qu'il ne suffise pas de tourner le robinet pour que le ballon se vide.

Il faut en outre s'assurer le concours d'un ou de deux aides.

Il est de toute nécessité d'avoir un aide pour injecter le liquide dans l'intérieur du ballon, les mains de l'opérateur étant occupées pendant que cette petite manœuvre s'accomplit.

Si l'on veut donner du chloroforme à la patiente, ce qui n'est pas nécessaire, il faut un second aide.

Le moment de l'opération arrivé le ballon est lavé, brossé dans la solution phéniquée forte ; il est vidé complètement de liquide et d'air.

Il faut alors plier le ballon de façon à ce qu'il présente le moins d'épaisseur possible : pour cela j'efface tous ses plis et je le roule.

Quand le ballon est plié il prend la forme d'un cigare, d'un fuseau. Une fois plié je le fixe solidement dans les mors de la pince de façon que son extrémité libre dépasse de quelques millim. le bout de la pince et je vaseline abondamment tout ce petit appareil.

Ces préliminaires étant achevés, procédons à l'introduction du ballon : la malade a été préparée par l'antisepsie parfaite des voies génitales, on la met dans la position obstétricale et on lui fait une injection avec la solution phéniquée.

J'introduis alors une main enduite de vaseline dans le vagin ; doucement, lentement, je fais pénétrer mon index dans le col. Puis je le retire et j'introduis à la fois l'index et le médius aussi profondément que possible ; je sais que si je puis entrer les deux doigts réunis jusqu'à la première articulation le ballon passera.

Alors je pousse très lentement, très doucement et très loin le ballon en me guidant sur les deux doigts réunis. Il faut pénétrer à dix et même douze centimètres au-dessus de l'orifice externe du col.

Autrement on s'exposerait à gonfler le ballon non pas dans l'utérus, mais tout entier dans le vagin et l'opération serait à recommencer.

Lorsque je juge que la pince a pénétré assez loin je fais remplir le ballon par le premier aide car mes deux mains restent occupées l'une à maintenir la pince dans l'utérus, l'autre, la main guide, continuant à surveiller ce qui se passe au niveau du col.

L'aide ajuste à l'extrémité du tube de remplissage la seringue pleine du liquide à injecter et ouvre le robinet ; alors de mon côté j'ouvre la pince tout en la maintenant en place. Si on la retirait à ce moment on risquerait d'entr'ouvrir avec elle le ballon : j'attends que celui-ci ait pris des dimensions qui ne lui permettent plus de redescendre, ce

qu'on juge par l'écartement des branches de la pince et aussi par la quantité du liquide introduit.

Le remplissage du ballon commence ; on pousse doucement avec la seringue une quantité déterminée de liquide qui donnera au ballon des dimensions qu'on a calculées à l'avance. Pendant que le ballon se remplit on voit le tube qui le termine remonter un peu dans les parties génitales, ce qui prouve que le ballon remonte lui-même pour se développer tout entier au-dessus de l'orifice interne.

A mesure que le ballon se gonfle, les branches de la pince s'écartent ; on les désarticule et on les laisse tomber.

Une fois la quantité voulue de liquide introduite, on ferme le robinet, on applique sur le tube de remplissage une ligature de sûreté, on fait une nouvelle injection vaginale et on remet la patiente dans son lit. Pendant toute la durée du travail on fait des injections phéniquées fréquentes.

Dans les cas où on ne pourrait pas introduire d'emblée un ballon volumineux je propose de placer d'abord le ballon de M. Tarnier que l'on remplacerait par un des miens aussitôt que le premier aurait été chassé de l'utérus.

Les observations qui suivent ont été prises à la maison d'accouchements Baudelocque dans le service de M. le professeur Pinard. Nous eussions désiré en rapporter un plus grand nombre dans notre thèse, mais cela ne nous pas été possible car nous avons eu rarement recours à la dilatation du canal cervical pour faire la délivrance artificielle dans les cas de rétention du placenta (obs. XIV, XV et XVI).

OBSERVATION XIV (Personnelle) (*Maison d'accouchements Baudelocque*). — *Avortement de 3 mois. — Rétention du placenta suivie d'hémorrhagies et de phénomènes septicémiques. — Introduction du ballon Champetier de Ribes. — Délivrance artificielle avec deux doigts.*

Louise St..., 35 ans, cuisinière, entre le 23 janvier 1891 à la maison d'accouchements Baudelocque. Elle dit avoir expulsé un embryon de 2 mois $1/2$ le 16 janvier 1891. Mais le placenta ne serait pas sorti.

Cette femme en est à sa septième grossesse.

Les 3 premières grossesses se sont terminées par l'expulsion d'enfants vivants dont deux vivent encore.

Les 3 dernières grossesses se sont terminées prématurément.

En effet en 1888, fausse couche de 2 mois $1/2$.

En 1889, fausse couche de 4 mois.

En 1890, fausse couche de 7 semaines.

A la suite de cette dernière fausse couche, le placenta serait resté pendant plusieurs jours dans la cavité utérine.

Dernières règles le 28 septembre 1890.

Expulsion d'un embryon de 3 mois le 16 janvier 1891.

A son entrée à la clinique, le 23 janvier, on trouve le col gros et fermé. Le fond de l'utérus remonte à 4 travers de doigts au-dessus du pubis.

Le placenta est presque certainement retenu dans l'utérus. L'état général de la femme est excellent, elle ne perd pas de sang, elle n'a pas de douleurs et sa température est normale. Dans ces conditions on se contente de faire prendre le lit à la femme et on lui fait 3 fois par jour une injection vaginale chaude au biiodure à 1 pour 4.000.

27 janvier. — Légère hémorrhagie qui cède à une injection vaginale chaude un peu prolongée.

9 février. — A 10 heures du soir la femme a une hémorrhagie extrêmement abondante qui inonde plusieurs alèzes. Cette hémorrhagie ne s'accompagne pas de douleurs et une injection vaginale chaude l'arrête.

A ce moment, le col est fermé. Toutefois comme la femme est exposée à perdre de nouveau du sang dans la nuit, on la transporte dans la salle d'accouchements pour qu'elle puisse être mieux surveillée.

A une heure du matin l'hémorrhagie se reproduit avec accompagnement de coliques revenant très régulièrement. L'hémorrhagie est très abondante. La femme pâlit, le pouls devient petit et fréquent. Il s'ajoute à ces symptômes un état syncopal que l'on combat par les moyens appropriés.

Au toucher, on constate que le col n'est perméable que pour un doigt. Au-dessus de l'orifice on sent un cotylédon placentaire.

Dans ces conditions il est impossible de pratiquer la délivrance artificielle, sans dilater au préalable le canal cervical. Comme il faut intervenir puisque l'état général de la femme est grave et qu'elle pourrait fort bien succomber à une hémorrhagie nouvelle, on la fait mettre dans la position obstétricale et M. Potocki après avoir pris toutes les précautions nécessaires, introduit dans l'utérus le ballon Champetier de Ribes. Il a une certaine difficulté à traverser le col et surtout l'orifice interne, mais on aide à l'introduction en abaissant et en maintenant le fond de l'utérus à l'aide de la main, appliquée sur la paroi abdominale par un assistant. On injecte aussitôt dans le ballon la quantité de liquide qu'il peut contenir, c'est-à-dire 250 gr.

L'hémorrhagie s'arrête immédiatement, car le ballon fait office de tampon, mais les contractions utérines deviennent moins fréquentes.

A 4 heures du matin les douleurs reprennent leur intensité du début, et à 8 heures du matin le ballon est expulsé spontanément.

Aussitôt, M. Potocki examine la femme et constate que l'orifice utérin est dilaté comme une pièce de deux francs, et qu'au niveau de cet orifice un morceau de placenta tend à s'engager.

L'examen détermine un nouvel écoulement de sang, d'où l'indication de procéder sans retard à l'extraction du placenta.

M. Potocki fait administrer du chloroforme et quand l'anesthésie est obtenue, la femme est placée dans la position obstétricale. Alors il introduit sa main droite toute entière dans le vagin, puis l'index et le médius dans l'utérus. Ces doigts s'insinuent entre le placenta

déjà décollé et la paroi utérine et continuent à cheminer entre le placenta et l'utérus, en détruisant par des mouvements de va et vient et par des mouvements d'arrachement, les adhérences qui unissent les deux organes. Ce décollement est assez pénible, surtout au niveau de l'utérus et vers le fond où l'adhérence est très intime.

Le placenta est extrait petit à petit par morceaux, et quand l'extraction est terminée et qu'il n'y a plus de cotylédons placentaires saillant dans la cavité utérine, on sent encore sur la face postérieure de l'utérus quelques rugosités et quelques prolongements qu'il est impossible de détacher.

Le poids du placenta extrait est de 50 gr. Il est bien conservé et ne répand aucune odeur.

On fait alors une injection intra-utérine chaude au biiodure, on ne cesse l'injection qu'au moment où le liquide sort parfaitement clair. Ouate antiseptique sur la vulve.

La femme a perdu peu de sang pendant l'opération.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XV (Personnelle). — (*Maison d'accouchements Baudelocque. — Avortement de quatre mois. — Rétention du placenta suivie de phénomènes d'infection. — Introduction du ballon Champetier de Ribes. — Délivrance et disparition des accidents.*)

Le 15 juillet 1890, on apporte en brancard à la maison d'accouchements Baudelocque, la nommée R..., âgée de 21 ans qui nous donne les renseignements suivants :

Toujours en bonne santé et régulièrement réglée depuis l'âge de 11 ans, elle a eu ses dernières règles le 15 mars 1890. Elle se croyait donc enceinte et enceinte pour la première fois.

Depuis le 15 juin elle perdait du sang. Elle ne peut dire la cause de cette perte.

Hier 15 juillet, elle fut prise de douleurs utérines et expulsa, affirme-t-elle, un fœtus d'une longueur de 10 à 12 centimètres, qui était mort et déjà macéré.

Un médecin appelé l'envoya à la clinique avec cette note : Expulsion d'un fœtus de quatre mois. — Rétention du placenta.

Examen. — Pas d'accidents généraux. — Pas de fièvre. L'utérus est dur et remonte à trois travers de doigts au-dessus du pubis.

Toucher. — Léger écoulement sanguinolent sans odeur.

Le col de l'utérus est long et l'orifice externe légèrement perméable. L'orifice est dur et complètement fermé. Dans le canal, rien n'est engagé.

Des injections vaginales chaudes au biiodure de mercure à 1/4000 sont faites toutes les quatre heures à la femme. Dans l'intervalle qui sépare chaque injection, l'on a soin de recouvrir la vulve avec de la gaze iodoformée.

Le 16 juillet, au soir, la femme accuse de la céphalée.

La température monte à 38°,6.

Le 17 juillet, on remarque une notable aggravation des phénomènes généraux. La température est à 39°.

Comme l'on manque de renseignements précis on ne sait si le placenta a été ou n'a pas été expulsé.

Le professeur Pinard fait, sous le chloroforme, le toucher manuel. En raison du volume de l'utérus, et en pénétrant avec un doigt jusqu'au niveau de l'orifice interne, notre maître croit pouvoir affirmer que le placenta est retenu dans la cavité utérine. — Il se décide à intervenir.

A 10 heures, le ballon Champetier de Ribes est introduit assez facilement et on y injecte 350 grammes de liquide.

A ce moment une forte odeur de putréfaction se répand autour du lit de la femme.

Dans l'après-midi, vers une heure, les premières douleurs se font sentir et à 2 h. 1/2 le ballon est expulsé.

Pratiquant alors le toucher, on sent que la cavité cervicale est perméable, qu'une portion du placenta est bien engagée dans le col. Les contractions utérines et quelques légères tractions sur le cordon suffisent pour amener l'expulsion du placenta. Aussitôt après cette expulsion, on fait une grande injection intra-utérine chaude au biiodure de mercure à 1/4000.

Deux heures après cette opération la température est descendue à 37° et depuis ce moment jusqu'à la sortie de la femme qui a lieu le 25 juillet 1890 la température est restée normale.

OBSERVATION XVI (Personnelle). — (*Maison d'accouchements Baudelocque*). — *Avortement de 3 mois 1/2. — Rétention du placenta suivie de phénomènes septicémiques. — Introduction du ballon Champetier de Ribes. — Des débris placentaires sont expulsés.*

Mme G..., marchande, entre à la maison d'accouchements Baudelocque le 27 septembre 1890.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents physiologiques. — A marché à 12 mois. Réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans.

Antécédents pathologiques. — Nuls.

25 septembre. — La femme fut prise de douleurs abdominales et ne tarda pas à expulser un fœtus qui, au dire de la sage-femme appelée, devait être âgé de 3 mois 1/2 environ.

La sage-femme essaya, mais sans succès, de faire la délivrance.

Un médecin appelé introduisit la main dans le vagin et ne pouvant de cette façon, retirer le placenta, il le saisit avec un crochet qu'il introduisit dans le col et sur lequel il opéra de vaines tractions. Le cordon était déjà rompu. Quelques débris placentaires furent extraits mais non la masse entière du placenta.

26. La température de la femme à son entrée est de 39°. Les lochies sont d'une fétidité extrême.

Une injection intra-utérine et des injections vaginales répétées toutes les heures font baisser la température sans toutefois rendre les lochies moins fétides.

28. — Nouvelle ascension de la température malgré les injections intra-utérines.

Le ballon Champetier de Ribes est alors introduit dans l'utérus pour amener là dilatation de l'orifice.

29. — La femme n'ayant pas éprouvé de douleurs on retire le ballon.

Douze grammes de débris placentaires sont expulsés.

Jusqu'au 7 *octobre* on fait des injections à la femme et des pansements à l'étoupe iodoformée sont maintenus en permanence sur la vulve.

Le 7 *octobre* la femme sort sur sa demande expresse.

**Conduite à tenir dans les cas où le fœtus expulsé
était mort et macéré.**

Quand la femme a expulsé un fœtus mort et macéré et que le placenta est retenu dans la cavité utérine il faudra exercer auprès de la femme une surveillance encore plus rigoureuse. Il faudra avoir recours à une très minutieuse antisepsie.

Dans ces cas, en effet, le placenta ayant opéré sa complète évolution deviendra un corps étranger dans l'utérus et par cela même il entrera bientôt en putréfaction.

Il faudra donc, à la moindre élévation de température, procéder à la délivrance artificielle pratiquée avec un ou deux doigts comme nous l'avons écrit. Au cas où le canal cervical ne serait pas perméable cette délivrance artificielle serait précédée de la dilatation au moyen du ballon dilateur Champetier de Ribes (obs. XVII et XVIII).

OBSERVATION XVII (Personnelle). — (*Maison d'accouchements Baudelocque*). — *Avortement de 3 mois 1/2 d'un fœtus mort et macéré.* — *Expulsion spontanée du placenta.*

Marie St..., 27 ans, ménagère, née à Belestà dans l'Ariège, entre le 26 mai 1891 dans le service de M. le professeur Pinard.

Père mort de la rupture d'un anévrysme.

Mère en bonne santé.

A marché à 18 mois.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans.

Fièvre typhoïde à 11 ans.

Cette femme est enceinte pour la cinquième fois.

1877. 4^{re} grossesse. Accouchement spontané, à terme. L'enfant vit encore.

1882. 2^e grossesse. Accouchement par le siège. L'enfant vit encore.

1889. 3^e grossesse. Avortement à 2 mois 1/2 sans cause connue.

1891. 4^e grossesse. Avortement à 2 mois 1/2, sans cause connue.

Dans ces deux avortements le placenta a été expulsé en même temps que le produit de conception.

Même père pour tous les enfants.

Dernières règles le 11 février 1891.

Le 23 mai à 11 heures du matin, pendant son travail, la femme perdit une quantité de sang assez considérable sans douleur.

Cette perte s'arrête dans la nuit du 23 au 24.

Elle reprend ses occupations lorsque le 25 mai la femme s'aperçut qu'il lui sortait des parties génitales comme un petit boyau. Elle alla consulter une sage-femme qui lui conseilla de venir demander assistance à la clinique.

A son arrivée le 26 mai, au matin, M^{lle} Roze, sage-femme en chef du service, observe que le cordon ombilical sort du vagin. Une odeur fétide est perçue.

Par le toucher on constate que l'embryon commence à s'engager.

La température est à 37°2.

Enfin un fœtus mort, du poids de 220 grammes, est expulsé.

Le placenta est expulsé, quelques minutes après, au moment où on allait faire une injection à la femme. Il pèse 120 grammes.

Alors on fait une injection intra-utérine.

Dans l'après-midi on refait une seconde injection intra-utérine et on fait un pansement vaginal au coton iodoformé.

L'état général de la femme est bon.

La température varie entre 37° et 37°5.

OBSERVATION XVIII (Personnelle). — (*Maison d'accouchements Baudelocque*). — *Expulsion d'un fœtus en ville. — Rétention du placenta. — Expulsion spontanée du placenta.*

Lucie B... 34 ans, caissière, entre à la maison d'accouchements Baudelocque le 3 mai 1891.

Antécédents héréditaires. — Parents en bonne santé.

Un frère bien portant.

Antécédents physiologiques. — Ne sait à partir de quel âge elle a marché.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 11 ans.

Antécédents pathologiques. — Bronchite en 1880.

Cette femme est enceinte pour la troisième fois.

1875. Accouchement spontané à terme d'un enfant vivant.

1880. Accouchement spontané à terme d'une fille vivante.

Ces deux grossesses sont du même auteur.

La troisième grossesse est d'un autre père.

Dernières règles le 15 janvier 1891.

À la suite de fatigues la femme éprouvait depuis le 15 avril des douleurs dans les reins et l'abdomen.

Le 1^{er} mai. — Abondante hémorrhagie qui cesse le lendemain.

Le 3. — Dans la matinée elle perd encore un peu de sang. Vers 3 heures après-midi elle est prise de douleurs. Une sage-femme appelée déclare que la femme n'est pas en travail et lui conseille de venir à la clinique.

Transportée en voiture à la maison d'accouchements Baudelocque la femme prétend avoir perdu un corps assez gros et assez dur dont elle ne s'est pas préoccupée.

On la conduit à la salle de travail sur un brancard. Le ventre est très sensible et ne permet pas de pratiquer le palper. Toutefois on sent vaguement le fond de l'utérus à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'ombilic.

Au toucher on sent dans le vagin des débris de membranes et de petits caillots. M^{lle} Roze retire ces débris puis un placenta parais-

sant complet et pesant 60 grammes. Au centre de ce placenta on reconnaît l'insertion du cordon ombilical.

Injection intra-utérine chaude.

A 10 heures du soir la température est à 39°. La femme qui a une soif très vive se plaint de douleurs abdominales. On lui met un sac de glace sur le ventre.

Le lendemain la température est descendue et depuis jusqu'à la sortie de la femme elle oscille entre 37°,5 et 37°.

Conclusions.

I. — Quelle que soit l'époque de la grossesse à laquelle une femme expulse en bloc un produit de conception avec le placenta, la conduite à tenir sera uniforme à savoir : Injections vaginales chaudes à 45° au biiodure de mercure à 1 pour 4000, et pansement antiseptique en permanence sur la vulve. La température sera prise matin et soir.

II. — Si le placenta est retenu dans la cavité utérine nous conseillons d'attendre son expulsion spontanée tout en faisant des injections vaginales fréquentes et en maintenant sur la vulve un pansement antiseptique. La température est prise matin et soir.

III. — S'il y a hémorrhagie on fera des injections vaginales chaudes fréquemment répétées.

IV. — Si l'hémorrhagie continue on aura recours aux injections intra-utérines fréquentes ou continues selon la méthode de M. le professeur Pinard.

V. — Si des phénomènes d'infection surviennent, des injections intra-utérines répétées souvent ou continues seront faites à la malade.

VI. — Si l'hémorrhagie ne cesse pas, et si les phénomènes d'infection s'accroissent on pratiquera la délivrance artificielle *digitale*.

VII. — Quand le col ne sera pas perméable pour permettre d'emblée la délivrance artificielle on emploiera le ballon dilatateur Champetier de Ribes.

VIII. — Au cas où le fœtus serait mort et macéré on ferait des injections intra-utérines et à la moindre élévation de température on pratiquerait la délivrance artificielle précédée ou non, suivant les cas, de la dilatation au moyen du ballon dilatateur Champetier de Ribes.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Audebert. — Th. 1890.
- J. Byers. — *Treatment of abortion*.
- Baudelocque. — *Art des accouchements*, 1789.
- Mme Boivin. — *Recherche sur une des causes les plus fréquentes de l'avortement*, 1828.
- Barnes. — *Obstetrical operations*, 1874.
- Anna Classon. — *Étude sur les polypes placentaires*, 1890.
- Cazeaux. — *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, 1844.
- Charpentier. — *Traité pratique des accouchements*.
- Champetier de Ribes. — *Annales de gynécologie*, déc. 1888. De l'avortement provoqué.
- Cordes de Genève. — *Annales de gynécologie*, 1876.
- Dolérus. — *Conduite à tenir dans l'avortement*.
- Guillemeau. — *Œuvres de chirurgie*, 1599.
- Guillemeau. — *De la grossesse et accouchements des femmes*, 1621.
- Garimond. — Du placenta adhérent et de son élimination spontanée. *Montp. méd.*, t. XX, 1868.
- E. Genesteix. — *Du traitement des avortements*, th. de Paris, 1886.
- Gerbaud. — Th. agrég. *De la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement*, 1886.
- Levret. — *Art des accouchements*, 1766.
- Mme Lachapelle. — *Pratique des accouchements*, 1825.
- Lechevalier. — *Rétention du placenta*, th. 1877.
- Lepage. — *Antisepsie en obstétrique*.
- Mauriceau. — *Maladies des femmes grosses et des accouchées*, 1740.
- Masbousky. — Polypes placentaires. *Annales de gynécologie* de 1880.
- Misrachi. — Rétention du délivre dans l'avortement. *Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1887.
- Puzos. — *Traité des accouchements*.

- Pinard et Varnier.** — Traitement des infections puerpérales. *Annales de gynécologie*, déc. 1885 et janv. 1886.
- Pinard.** — De l'action de l'eau chaude sur l'utérus pendant la puerpéralité. *Médecine moderne*, 1890.
- Pinard.** — *Leçons inédites de clinique*, 1890.
- Pajot.** — *Gazette des hôpitaux*, 1886.
- Pajot.** — *Annales de gynécologie*, 1886.
- Pajot.** — *Archives de tocologie*, février 1886.
- Rambaud.** — Th. de doctorat, 1883. *De la rétention du placenta après l'accouchement et l'avortement.*
- Tyler Smith.** — *Lectures of obstetrics*, 1858.
- Tarnier et Chantreuil.** — *Traité de l'art des accouchements.*
- Tarnier.** — *Leçon inédite*, 1890.
- Umiuski.** — Th. 1883. *Des avortements sanglants et non sanglants.*
- Varnier.** — *Petite Revue.*
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.	5
APERÇU HISTORIQUE.	7
AVORTEMENT OVULAIRE.	11
AVORTEMENT EMBRYONNAIRE.	13
AVORTEMENT FŒTAL.	14
Rétention du placenta avec hémorrhagie.	16
— septicémie	16
CONDUITE A TENIR dans l'avortement ovulaire.	18
— l'avortement embryonnaire	19
— l'avortement fœtal avec rétention du pla-	
centa.	23
DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE.	41
CONDUITE A TENIR dans les cas où le fœtus expulsé était mort	
et macéré.	55
CONCLUSIONS.	59
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	61

Vu :
Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :
Le Président de la thèse,
PINARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

